|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 1

**Besuchsbericht 1. Ausbildungsjahr 2 BFAHM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |
| **Name des/der Auszubildenden** |  |
| **Ausbildungsjahr** |  |
|  |  |
| **Anschrift der Pflegeeinrichtung** |  |
|  |  |
| **Abteilung/Wohnbereich/Station** |  |
|  |  |
| **Betreuende Lehrkraft** |  |
|  |  |
| **Schule** | Albert-Schweitzer-Schule  Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 2

**Gliederung**

1. Aufgabenstellung für den Praxisbesuch/Aufgabenstellung Pflegebericht
2. Informationsweitergabe

Unterschrift des Schülers/der Schülerin

Ich erkläre, dass ich den vorliegenden Bericht selbstständig angefertigt habe und wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Außer den genannten Quellen habe ich keine Hilfsmittel verwendet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Auszubildende/r |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 3

1. **Aufgabenstellung für den Praxisbesuch Pflege 1. Ausbildungsjahr  
   2 BFAHM**
2. **Informationsweitergabe**

* Name des Patienten/Bewohners
* Alter
* Kurzbiografie: (Geburtsdatum, Geburtsort, Religion, ausgeübter Beruf, ausgeübte Tätigkeiten)
* Ist-Situation (Befinden des Patienten/Bewohners am Morgen des Praxisbesuchstages)

1. **Durchführung der Pflege**  
   Führen Sie bei einem Patienten/Bewohner eine **aktivierende Gesichtspflege mit Mundpflege** durch.

Die Auswahl des Bewohners/Patienten muss in **Absprache mit der Mentorin/dem Mentor** erfolgen.

1. **Vorstellung des Wohnbereichs**

* Anzahl der Bewohnerzimmer
* Vorstellung aller Fachräume:  
  Stellen Sie den Zweck, bzw. den Nutzen des jeweiligen Fachraums vor. (Stützpunkt- bzw. Wohnbereichsraum, Medikamentenraum, Pflegebad, Spül- bzw. „Unreine-Raum“, Speiseraum, Aufenthaltsraum der Bewohner, evtl. Ruheraum für Bewohner, evtl. Aufenthaltsraum des Pflegepersonals, etc.)

**Die Durchführung der Aufgabe ist auf 45 Minuten begrenzt.**

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 4

1. **Aufgabenstellung Pflegebericht**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum des Pflegebesuchs** | |  | |
| **Name des/der Auszubildenden** | |  | |
| **Ausbildungsjahr** | |  | |
|  | |  | |
| **Anschrift der Pflegeeinrichtung** | |  | |
|  | |  | |
| **Abteilung/Wohnbereich/Station** | |  | |
|  | |  | |
| **Aufgabenstellung (Pflegemaßnahme) benennen** | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Unterschriften** | Klassenlehrer/-in / Lehrkraft für Pflege | |  |
|  | Auszubildende/r | |  |
|  | Wohnbereichsleiter/-in | |  |
|  | Stationsleiter/-in | |  |
|  | Mentor/-in | |  |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 5

1. **Informationssammlung/Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | |
| Alter: |  | | |
| Geburtsort: |  | | |
| Familienstand: |  | | |
| Staatsangehörigkeit: |  | | |
| Konfession: |  | | |
|  |  |  | |
| Heimaufenthalt seit: |  | | |
| Ambulante Pflege seit: |  | | |
|  |  |  | |
| **Gründe für Heimeinzug/Ambulante Pflege:** | | | |
|  | | | |
|  |  | |  |
| Pflegegrad: |  | | |
| Betreuung nach BGB § 1899: | | | |
|  | | | |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 6

**Bewertung Praxisbesuch Pflege: 1. Ausbildungsjahr 2 BFAHM**

|  |  |
| --- | --- |
| Thema: |  |
| Auszubildende/r: |  |
| Pflegeeinrichtung: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Praktische Durchführung** | | | |  | | | |
| unter Berücksichtigung der Fachkompetenz, Methodenkompetenz,  Personalkompetenz, Sozialkompetenz | | | | | | | |
| **Bewertungskriterien** | | | | **Max. Punktzahl** | |  | **Erreichte Punktzahl** |
| Informationsweitergabe | | | | 10 P. | |  |  |
| Durchführung der geplanten Maßnahme | | | | 30 P. | |  |  |
|  | | | |  | |  |  |
| Punkte insgesamt | | | | 40 P. | |  |  |
|  | | | |  | |  |  |
| **Praktische Gesamtnote:** | | | | | | |  |
| **Datum:** |  |  | Unterschrift: | |  | |  |